

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ИЛИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

д. м. н., доцент Ханюков А. А.,
к. м. н., доцент Лакиза Т. В.,
к. м. н., доцент Егудина Е. Д.,
ассистент Кротова В. Ю.,
ассистент Белецкий В. В.,
ассистент Киричко М. Г.,
аспирант Яловенко М. И.

Украина, Днепр, Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Abstract. A comparative assessment of the quality of life of ambulatory patients with arterial hypertension of stages I-II according to the results of the SF-36 questionnaire was studied depending on the presence or absence of coronary heart disease or diabetes mellitus. It was established that the quality of life, in accordance with the gender of patients with arterial hypertension I-II stage, was reduced in all scales forming both physical and psychological components of health. There were significant differences in the results in the presence of coronary heart disease and diabetes mellitus. In men with arterial hypertension I-II stage and coronary heart disease, we identified a decreasing in vitality, physical, role physical and role emotional functioning. In women with arterial hypertension of the I-II stage and diabetes mellitus social functioning suffers more.

Keywords: hypertension, quality of life, coronary heart disease, diabetes mellitus

Распространенность артериальной гипертензии (АГ) и высокий риск развития осложнений приводит к необходимости рассмотрения проблемы ведения пациентов с этим заболеванием не только с медицинской, но и медико-социальной точки зрения. АГ представляет собой наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы (4). Доля пациентов с адекватным контролем гипертензии продолжает оставаться в популяции крайне низкой. Кроме того, наличие АГ ассоциируется с повышением риском развития ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), фибрилляции предсердий (ФП) и так далее. (13). АГ также способствует раннему старению организма, снижению интеллекта и качества жизни, часто сопровождается ожирением, сахарным диабетом (СД), атеросклерозом. Среди больных с АГ распространенность СД в 2-2,5 раза выше, чем среди нормотензивных лиц (7).

В медицинскую практику введено понятие «качество жизни, связанное со здоровьем». В 1947 г. американский ученый D. Kamofsky впервые предложил нефизиологические методы оценки параметров рака (6). Эта работа положила начало исследованиям по всестороннему изучению индивида, страдающего соматическим заболеванием (16). Результатом такого активного интереса к психосоциальным сторонам медицины и явилась наука о качестве жизни (КЖ). Некоторые авторы рассматривают здоровье как показатель качества жизни (1).

КЖ - это интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. КЖ также рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности помощи пациентам (3, 11).

Следует отметить, что вопрос о критериях КЖ остаётся дискуссионным. R. Zittoun (1984) подчёркивает сложность точного определения термина "качества жизни", а также возможность его объективного осмысления, и включает в это понятие следующие аспекты: физические (боль, рвота, ограничение подвижности), токсические (последствия лечения медикаментами), личностные (индивидуальные качества), ощущение счастья (радость, сексуальность), восприятие взаимоотношений (с членами семьи, друзьями, сотрудниками, обслуживающим персоналом и др.), психосоциальные, отношение к своему внешнему виду (ожирение), финансовые, религиозные, культурные, политические. Н. Schipper, М. Levitt (1982) конкретизируют концепцию "качества

жизни" и предлагают рассматривать её как совокупность четырёх компонентов: сохранение физических функций и возможность профессиональной деятельности, психологическое состояние, качество социальных контактов, уровень физических страданий (5).

Последние десятилетия повышается интерес клиницистов к вопросам КЖ, так как существующие методы оценки эффективности терапевтических вмешательств, как правило, отражают сугубо биологический подход и не учитывают всё многообразие жизни человека (2). Интересными являются и методики оценки КЖ, в данном случае популярны различные опросники. Health Status Survey – 36 и его сокращённый вариант (SF-36) считается общими, но существуют специальные опросники для АГ: Bulpitt's Hypertension Quality of Life Questionnaire (BHQLQ), Quality of Life Questionnaire for Arterial hypertension (CHAL), Hypertension Health Status Inventory (HYPER 31), Short form of Quality of Life Questionnaire for Arterial hypertension (MINICHAL) (15). Опросник SF-36 наиболее часто используется в популяционных исследованиях и отвечает следующим требованиям: многомерность, простота заполнения, наличие необходимых психометрических свойств, русская версия, валидизация и адаптация (8, 9, 10).

Опросник SF-36 ориентирован на определение 8 комплексных параметров КЖ, которые очень чувствительны к изменениям состояния здоровья (12). Он состоит из 36 вопросов, 8 шкал, 2 суммарных измерений.

Опросник имеет следующие шкалы:

- Physical functioning (физическое функционирование),
- Role-physical functioning (ролевое физическое функционирование),
- Bodily pain (боль),
- Vitality (жизненная сила),
- Role-emotional functioning (ролевое эмоциональное функционирование),
- Social functioning (социальное функционирование),
- Mental health (психологическое здоровье),
- General health (общее здоровье).

Первые три соответствуют физическому компоненту здоровья, следующие три характеризуют психологический компонент, две последние переменные коррелируют с обоими компонентами. Опросник SF-36 обеспечивает количественное определение КЖ по указанным шкалам. При этом показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по избранной шкале. Снятие информации по опроснику SF-36 проводится методом стандартизированного интервью.

Физическое функционирование или физическая активность – это субъективная оценка респондентом своей повседневной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья в настоящее время, или степень ограничения выполнения различных физических нагрузок. Чем выше показатель, тем большую физическую нагрузку, по мнению респондента, он может выполнить.

Ролевое физическое функционирование или роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности – это субъективная оценка респондентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной проблемами здоровья (за последние 4 недели). Чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, проблемы со здоровьем ограничивают его повседневную деятельность.

Показатель боли (телесная боль) характеризует роль субъективных болевых ощущений респондента в ограничении его повседневной деятельности (за последние 4 недели). Чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, болевые ощущения вмешиваются в его повседневную деятельность.

Социальное функционирование или социальная активность – это субъективная оценка респондентом уровня своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и с другими коллективами за последние 4 недели. Чем выше показатель, тем выше респондент оценивает уровень своих социальных связей.

Ролевое эмоциональное функционирование – это субъективная оценка респондентом степени ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной эмоциональными проблемами (за последние 4 недели). Чем выше показатель, тем меньше, по мнению респондента, его эмоциональное состояние влияет на повседневную деятельность.

Психологическое здоровье – это показатель субъективной оценки респондентом своего настроения (счастья, спокойствия, умиротворенности и пр.) за последние 4 недели. Чем выше показатель, тем лучше настроение было у респондента, то есть он за последние 4 недели чаще чувствовал себя спокойным и умиротворенным.

Общее здоровье – показатель субъективной оценки респондентом общего состояния своего здоровья в текущий момент времени и перспектив на будущее. Чем выше показатель, тем лучше воспринимает респондент свое здоровье в целом.

Жизнеспособность – это субъективная оценка респондентом своего жизненного тонуса (бодрости, энергии) за последние 4 недели. Чем выше показатель, тем выше респондент оценивает свой жизненный тонус, то есть за последние 4 недели он чаще ощущал себя бодрым и полным сил (14, 17).

Цель работы. Изучить качество жизни амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией I-II стадии и влияние на него наличия или отсутствия ишемической болезни сердца или сахарного диабета.

Материалы и методы. В исследование было включено 108 пациентов с верифицированным диагнозом первичной АГ I-II стадии, из них — 50 мужчин (46,3%) и 58 женщин (53,7%). У 41 (38%) больного выявлена АГ; у 31 (28,7%) больного – АГ и ИБС (в соответствии с Канадской классификацией — стенокардия напряжения I (5,6%), II (58,1 %) и III (36,3%) функционального класса соответственно); у 36 (33,3%) больных – АГ и компенсированный СД II типа. Средний возраст пациентов составил $53,3 \pm 13,9$ года. По степени АГ пациенты распределились следующим образом: АГ 1 степени имели 19 человек (17,6%), АГ 2 степени – 89 (82,4%). Для исследования КЖ использована русская версия общего опросника SF-36, разработанного в 1992 г. в США [16], валидизированная и адаптированная.

Результаты. У всех пациентов с АГ КЖ снижено. Для мужчин более характерно снижение социального функционирования ($46,3 \pm 7,9$) и ролевого эмоционального функционирования ($49,0 \pm 5,8$); у женщин выражено снижается показатель боли ($49,5 \pm 12,1$); для представителей обоих полов характерно снижение жизненной силы: у мужчин – $49,6 \pm 7,2$ и у женщин – $47,6 \pm 10,5$. Сочетание АГ с ИБС или АГ с СД в большей степени ухудшает КЖ пациентов. Наличие ИБС у мужчин с АГ приводит к статистически достоверному ($p \leq 0,05$) снижению показателей физического функционирования ($35,7 \pm 9,1$), ролевого физического функционирования ($25,2 \pm 7,0$), боли ($32,2 \pm 5,0$) и жизненной силы ($20,46 \pm 6,50$). У женщин с ИБС и АГ статистически достоверно ($p \leq 0,05$) ухудшается показатель общего здоровья ($51,2 \pm 6,2$). Как для мужчин, так и для женщин с ИБС и АГ характерно статистически достоверное ($p \leq 0,05$) снижение показателя ролевого эмоционального функционирования ($25,1 \pm 4,4$ у мужчин и $44,0 \pm 5,0$ у женщин соответственно). У мужчин с АГ и СД показатели ролевого физического функционирования ($22,8 \pm 9,0$) и ролевого эмоционального функционирования ($26,2 \pm 5,4$) достоверно ($p \leq 0,05$) ниже, чем у мужчин только с АГ. Показатель ролевого эмоционального функционирования ($31,3 \pm 6,6$) также снижен и у женщин с АГ и СД. Следует отметить, что у женщин с АГ и СД в большей мере страдает социальное функционирование ($44,2 \pm 6,7$).

Таблица 1. Показатели качества жизни пациентов с АГ, АГ+ИБС и АГ+СД, баллы ($M \pm m$, $n=108$)

Показатель SF-36	АГ		АГ+ИБС		АГ+СД	
	мужчины (n=18)	Женщины (n=23)	мужчины (n=16)	мужчины (n=18)	Женщины (n=23)	мужчины (n=16)
Общее здоровье	$51,1 \pm 10,4$	$73,5 \pm 4,6$	$47,3 \pm 9,2$	$51,2 \pm 6,2^*$	$48,6 \pm 4,0$	$58,8 \pm 7,8$
Физическое функционирование	$64,6 \pm 5,0$	$68,3 \pm 15,2$	$35,7 \pm 9,1^*$	$64,4 \pm 9,3$	$41,3 \pm 6,5$	$52,5 \pm 16,1$
Ролевое физическое функционирование	$52,6 \pm 5,8$	$54,0 \pm 6,1$	$25,2 \pm 7,0^*$	$49,1 \pm 7,4$	$22,8 \pm 9,0^*$	$31,3 \pm 6,6^*$
Ролевое эмоциональное функционирование	$49,0 \pm 5,8$	$65,2 \pm 4,3$	$25,1 \pm 4,4^*$	$44,0 \pm 5,0^*$	$26,2 \pm 5,0^*$	$50,3 \pm 6,0$
Социальное функционирование	$46,3 \pm 7,9$	$58,3 \pm 7,1$	$44,3 \pm 10,4$	$46,2 \pm 11,6$	$40,9 \pm 9,1$	$44,2 \pm 6,7^*$
Боль	$59,9 \pm 7,0$	$49,5 \pm 12,2$	$32,2 \pm 5,0^*$	$45,3 \pm 18,6$	$53,7 \pm 10,1$	$47,3 \pm 15,5$
Жизненная сила	$49,6 \pm 7,2$	$47,6 \pm 10,5$	$20,4 \pm 6,5^*$	$40,4 \pm 9,2$	$38,6 \pm 8,5$	$43,8 \pm 11,5$
Психологическое здоровье	$53,4 \pm 10,5$	$60,1 \pm 11,8$	$48,1 \pm 7,1$	$53,1 \pm 4,0$	$49,5 \pm 10,4$	$53,7 \pm 4,8$

Прим.: * - ($p \leq 0,05$)

Выводы. Для пациентов с артериальной гипертензией характерно снижение показателей качества жизни, как для мужчин, так и для женщин, особенно, в сферах физического, эмоционального и социального функционирования. Выраженное снижение показателей качества жизни происходит при наличии сочетания артериальной гипертензии с ишемической болезнью сердца или сахарным диабетом, что требует комплексного подхода, коррекции лечения, реабилитации и адаптации. Изучение качества жизни у пациентов с артериальной гипертензией с использованием общих опросников и получение количественных показателей способствуют индивидуализации лечения конкретных пациентов и помогают корректировать тактику ведения на разных этапах, в том числе при наличии различных сопутствующих или сочетанных состояний и заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Bagger H. Gesundheit als Lebensqualität: Folgen für Staat, Markt und Medizin. Zurich: Ed. Interfrom, 1997-148 p.
2. Cella, D. F. Quality of Life: concepts and definition / D. F. Cella. — J. Pain and Symptom Manag. — 1994. — Vol. 9, № 3. — P. 186-192.
3. Engel G E. I/ Amer. J. Psechiat. - 1980. -Vol. 137.-P. 535-543.
4. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension / G. Mancia, R. Fagard, K. Narkiewicz, et al. // Eur. Heart Jour. — 2013. — Vol. 34. — P. 2159–2219.
5. Hays, R. D. Sherbourne C. D., Mazel R. M. The RAND-36 Item Health Survey questionnaire (Version 1.0) // R.D Hays [et al.] — Health Economics — 1993. — Vol. 2. — P. 217-227.
6. Karnofsky D A, Burchenal J R // Evaluation of Chemotherapeutic Agents / Ed. C M. Macleod. - Columbia, USA, 1947. - P. 67-82.
7. Krempf M. et al. Cardiovascular Event Rates in Diabetic and Nondiabetic Individuals With and Without Established Atherothrombosis (From the REDuction of Atherothrombosis for Continued Health [REACH] Registry) // Amer. J. Cardiol. - 2010. - Vol. 105(5). - P. 667-671.
8. The PADQOL: development and validation of a PAD-specific quality of life questionnaire / D. Treat Jacobson, R. A. Lindquist, D. R. Witt, et al. // Vasc. Med. — 2012. — Vol. 17,6. — P. 405–415.
9. Validation of the quality of life questionnaire in arterial hypertension (HQALY) for its use in Spain. Relationship between clinical variables and quality of life. Investigator Group of the HQALY study / A. Dalfo Baque, X. Badia Llach, A. Roca-Cusachs Coll, et al. // Aten. Primaria. — 2000. — Vol. 26, 2. — P. 96–103.
10. Validation of the short form of the Spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL) for Portuguese (Brazil) / R. B. Schulz, P. Rossignoli, C. J. Correr, et al. // Arq. Bras. Cardiol. — 2008. — Vol. 90, 2. — P. 127–131.
11. Гельцер Б. И., Фрисман М. В. Современные подходы к оценке качества жизни кардиологических больных // Кардиология. 2002. - № 9. — С. 4-9.
12. Качество жизни у пациентов с артериальной гипертензией – возможности комплексной фармакотерапии. В. Д. Шорикова. Экспериментальна і клінічна медицина. 2015. 3 (68) с. 62-67.
13. Коваленко В. Н. Стрес і хвороби системи кровообігу / В.Н. Коваленко. – К., 2015. – 355с.
14. Оценка качества жизни больного в медицине / А. А. Новик, С. А. Матвеев, Т. И. Ионова и др. // Клин.мед. - 2000. - Т. 78, № 2. -С. 10-13.
15. Парахонский А. П. Оценка качества жизни больных артериальной гипертензией // Фундаментальные исследования. – 2006. – № 12. – С. 33-34.
16. Попова Т. И. Новик А. Л., Сухонос Ю. А. Понятие качества жизни больных онкологического профиля // Онкология. - 2000. -Т. 2, №1-2.-С. 25-28.
17. Сенкевич Я. Ю., Белевский А. С. Качество жизни - предмет научных исследований в пульмонологии (По мат. Междунар. конгресса ИНТЕРАСТМА'98 и 8-го Нац. конгресса по болезням органов дыхания) // Тер.архив. - 2000. - Т. 72, № 3. - С. 36-41.